

Health system governance in Europe

Citation for published version (APA):

Clemens, T. (2017). *Health system governance in Europe: the case of hospitals*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Datawyse / Universitaire Pers Maastricht. <https://doi.org/10.26481/dis.20170906cb>

Document status and date:

Published: 01/01/2017

DOI:

[10.26481/dis.20170906cb](https://doi.org/10.26481/dis.20170906cb)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Summary

Samenvatting

Zusammenfassung

Summary

Health system governance in Europe: the case of hospitals

European healthcare systems are occupied progressively with questions of governance. Throughout the last decades various reforms have increased the complexity of the systems' structures by inter alia the introduction of integrated care arrangements, healthcare markets or provider networks. Attention and reform efforts have shifted therefore from a health system outcomes perspective towards understanding the processes and capacities in a health system to produce well-designed policies and decisions in terms of health system reforms, crisis responses and implementation of routine tasks.

At the same time, both the applicability of EU law principles to national law governing healthcare and a broader agenda for discussing healthcare system issues at EU level has emerged. This is in contrast to the limited healthcare mandate that the EU has based on Article 168 of the Lisbon Treaty. However, regulations of the internal market on pharmaceuticals, medical devices or health professionals and rules of competition law, have applied in an insular manner to health systems or hospitals for decades. As a consequence, the transposition of EU legislation and the uptake of EU level discussions into national health system policies, are supposed to influence more and more the domestic governance and the design of healthcare systems, as well.

This dissertation includes a series of separate scholarly papers that all address different aspects of health systems governance at the EU and Member State level. The central research aim has been how health system governance is developing in EU policies and what the effects for domestic hospitals are. The concept of governance is understood as "the general exercise of authority" implying the ways how one can steer or direct. The governance perspective allowed identifying a number of critical factors to evaluate the role of the EU vis-à-vis its Member States. This dissertation is based on qualitative research methods in order to analyse the contextual factors and interactions of laws, policy making and actors at the level of the EU and its Member States.

The case of hospitals has been chosen for three reasons. First, hospitals still play an important role in the domestic healthcare system they operate in. This includes not only the provision of a wide array of services, from basic to highly-specialised ones, but also carrying out health professionals' training and clinical and health services research functions. In addition, hospitals still consume a large share (35-70%) of a country's overall health budget. Secondly, because of the various tasks and roles, applicability of EU laws and activities to the hospital setting is more direct and common. Thirdly, due to societal (demographic change, part-time workers),

technological (eHealth) and health policy developments (reconstruction towards primary care-led systems) the hospitals sector is frequently under pressure to reform.

The studies in this dissertation are grouped in three parts following the output criteria for legitimising EU governance including (1) the problem solving capacities, (2) the capacities for decision making, and (3) the implementation and compliance at national level.

The **problem solving** capacities have been assessed by literature and document reviews focusing on health system objectives at large and on the objectives of hospital reforms in particular during the financial crisis at national and European level. The evidence collected reveals that the EU is stimulating structural hospital reforms by providing evidence of the current and future pressures and by (providing financial support for) testing out potential solutions. At the same time, the EU emphasises the economic rationale for health systems reforms comparatively stronger. In how far EU stimuli can effectively support problem solving in Member States, has been questioned given the strong subsidiarity principle in place for health systems and the predominant financial consolidation rationale at EU level. In fact, during the financial crisis Member States have turned to quick-fix solutions to lower operational cost in hospitals. The macro-economic and political conditions in Member States – and partly favoured by the EU – have largely not been conducive for structural reforms.

The assessment of the DG SANCO's¹ **capacities to take decisions** regarding public health and health systems demonstrated that the health system agenda has been enlarged over the years, but that structural conditions limiting its decision capacities are still in place. The combination of a literature review, document analysis and interview data established that DG SANCO has shown to be able to steer the agenda, assess a situation and take decisions on various dossiers. The evidence was mixed on capacities for implementation and evaluation. It remains to be seen whether DG SANTE is able to deliver better impacts of its policies by means of better priority setting, clearer targets and stronger implementation tools.

The analysis of **implementation and compliance** with EU provisions focused, firstly, on the implementation of Directive 2011/24/EU regarding National Contact Points for cross-border healthcare by means of a website analysis in all Member States. Secondly, the impact of EU hard law and new governance tools on domestic hospitals and hospital policy in Belgium, Germany and the Netherlands has been researched based on an interview study with key informants. The results showed that EU hard laws are complied with in national hospitals, although they do not touch the core of hospitals activities: the care provision to patients. EU hard law is perceived to

¹ Here, I refer to DG SANCO in connection with the analysis in chapter 4, which has assessed the period from 1999 to 2014. With the Juncker Commission taking office in November 2014 the Directorate General responsible for health has been renamed to DG SANTE, DG Health and Food Safety. I refer to DG SANTE regarding the linked recommendations.

have increased the requirements for documentation, infrastructure, education and procedures. In many cases this increases the operational costs for hospitals. New governance tools take effect in Member States' health policy as a starting point for a political discussion or trigger to initiate action, if they match an existing problem pressure or provide new tested ideas and solutions in the domestic policy arena. National decision makers in Belgium, Germany and the Netherlands perceive their decision latitude being reduced by EU law and policies and increasingly monitor relevant EU activities. Nevertheless, national compliance to EU new governance influences remains rather ad hoc, so far.

This dissertation concludes that despite a comprehensive and relevant emerging EU agenda regarding hospitals that Member States are still in the driver's seat for their hospital policies. The EU is increasingly influencing the context in which hospital policy is made by providing the intelligence for assessing current hospital structures, acting as spin doctor for innovations and policy directions, providing seed money for testing out practical applications and is a forum for exchange of domestic decision makers. Nevertheless, in many instances it is up to the discretion of Member States to take up ideas and initiative.

Samenvatting

Bestuur van gezondheidsstelsels in Europa: case study ziekenhuizen

Europese gezondheidszorgstelsels houden zich in toenemende mate bezig met vraagstukken ten aanzien van bestuur. Ten grondslag hieraan ligt de toegenomen complexiteit van systeemstructuren als gevolg van diverse hervormingen in de afgelopen decennia, waaronder o.a. de invoering van geïntegreerde zorgmodellen, marktwerking in de gezondheidszorg en dienstverlenende netwerken. Aandacht en hervormingspogingen zijn verschoven van het louter bereiken van doelen naar het begrijpen van processen en competenties in een gezondheidssysteem. Hiermee kan weldoordacht beleid en besluitvorming voor wat betreft gezondheidshervorming, reactie op crisis en het implementeren van routinematige handelingen, vormgegeven worden.

Tegelijkertijd is toepasbaarheid van EU-regels en –richtlijnen op het nationale recht voor wat betreft gezondheidszorg en een agenda met ruimte voor discussies over gezondheidsstelsels, hieruit voortgekomen. Dit is in contrast met het beperkte gezondheidsmandaat van de EU, gebaseerd op Artikel 168 van het Verdrag van Lissabon. De regulering van de interne markt voor medicijnen, medische producten of gezondheidsprofessionals en regels voor mededingingsrecht is echter decennialang op onsamenhangende wijze toegepast op gezondheidsstelsels of ziekenhuizen. Het gevolg hiervan is dat het omzetten van EU-wetgeving en het overnemen van de op EU-level gevoerde discussies naar nationaal gezondheidsbeleid, ook meer en meer van invloed zouden moeten zijn op bestuur en vormgeving van nationale gezondheidssystemen.

Dit proefschrift omvat een serie afzonderlijke wetenschappelijke teksten die diverse aspecten van het bestuur van gezondheidsstelsels op EU- en lidstaatniveau behandelen. Het centrale doel van dit onderzoek was om te laten zien hoe het bestuur van gezondheidsstelsels zich ontwikkelt binnen EU-beleid en wat de effecten zijn voor ziekenhuizen in de lidstaten. Onder het begrip ‘bestuur’ wordt ‘de algemene uitoefening van gezag’ verstaan: de manier waarop wordt aangestuurd en geleid. Vanuit het begrip bestuur is een aantal kritische factoren geïdentificeerd om de rol van de EU ten opzichte van de lidstaten te beoordelen. Om de contextuele factoren en interacties van wetgeving, het beleidsvormingsproces en spelers op het niveau van de EU en haar lidstaatniveau te kunnen analyseren is dit proefschrift gebaseerd op kwalitatieve onderzoeksmethoden.

De focus op ziekenhuizen is om drie redenen gekozen. Ten eerste spelen ziekenhuizen een belangrijke rol in binnenlandse gezondheidssystemen waarin zij opereren: o.a. (1) in het voorzien in een breed scala van dienstverlening van basis tot hooggespecialiseerde dienstverlening, (2) als zijnde de setting waarin opleiding van een variëteit aan gezondheidsprofessionals en onderzoek

plaatsvindt; en (3) het consumeren van een groot deel (35-70%) van het totale gezondheidsbudget. Ten tweede is de toepasbaarheid van EU-wetgeving en -activiteiten in een ziekenhuissetting steeds meer directer en normaler vanwege de variatie in taken en rollen. Ten derde is de ziekenhuissector vaak gedwongen tot hervorming door de sociale (demografische wijzigingen, deeltijdwerkers) en technologische (eHealth) ontwikkelingen alsmede ontwikkelingen op het gebied van gezondheidsbeleid (verschuiving naar eerstelijns gestuurde zorgsystemen).

Het onderzoek van dit proefschrift bestaat uit drie delen, conform de output criteria voor rechtvaardiging van EU-bestuur, zijnde (1) probleemoplossend vermogen, (2) capaciteiten die leiden tot besluitvorming en (3) de implementatie en naleving op nationaal niveau.

Het **probleemoplossend vermogen** is onderzocht op basis van beoordeling van literatuur en documenten die zich concentreren op de doelen van een gezondheidsstelsel en de doelstellingen van ziekenhuizen voor wat betreft hervorming op nationaal en Europees niveau, gedurende de financiële crisis. Het onderzoek toont aan dat de EU structurele ziekenhuishervormingen stimuleert door te laten zien hoe de huidige en toekomstige problematiek is en door (het geven van financiële ondersteuning voor) het uitproberen van mogelijke oplossingen. Tegelijkertijd benadrukt de EU, verhoudingsgewijs, de economische beweegredenen voor hervormingen van gezondheidsstelsels steeds meer. In hoeverre de EU-stimulans ook echt ondersteuning geeft aan lidstaten voor het oplossen van problemen, is maar de vraag gezien het sterke subsidiariteitsprincipe op het vlak van gezondheidsstelsels en de overheersende principes van financiële consolidatie op EU-niveau. In feite hebben de lidstaten gedurende de financiële crisis gebruik gemaakt van korte termijnoplossingen om de operationele kosten van ziekenhuizen te verlagen. De macro-economische en politieke voorwaarden in lidstaten – gedeeltelijk gevoed door de EU – zijn grotendeels niet bevorderlijk voor structurele hervormingen.

Het onderzoek naar DG SANCO's² capaciteiten die leiden tot besluitvorming inzake volksgezondheid en gezondheidsstelsels, toonde aan dat de gezondheidsagenda door de jaren heen is uitgebreid, maar dat structurele voorwaarden die de besluitvorming beperken nog steeds van kracht zijn. De combinatie van een literatuuronderzoek, documentenanalyse en gegevens uit interviews lieten zien dat DG SANCO heeft bewezen dat ze de agenda dirigeren, een situatie analyseren en politieke beslissingen kunnen nemen met betrekking tot verschillende dossiers. Ten aanzien van de capaciteiten voor implementatie en evaluatie gaf het onderzoek geen eenduidigheid. Het blijft te bezien of DG SANTE in staat is een betere werking van haar

² Ik verwijs hier na DG SANCO met betrekking tot de analyse in hoofdstuk 4, die de periode 1999-2014 onderzocht. Met de ingang van de Commissie Juncker in november 2014, is de naam van het Directoraat-Generaal verantwoordelijk voor gezondheid gewijzigd in DG SANTE, Gezondheid en Voedselkwaliteit. Ik verwijs naar DG SANTE bij de aanbevelingen.

beleid te bewerkstelligen door een betere prioriteitenstelling, duidelijkere doelen en sterkere implementatietools.

De analyse met betrekking tot **implementatie en naleving** van de EU-regelgeving concentreert zich, ten eerste, op het invoeren van Richtlijn 2011/24/EU inzake Nationale Contact Punten voor grensoverschrijdende gezondheidszorg. Het onderzoek vond plaats door middel van een websiteanalyse in alle lidstaten. Ten tweede, is de impact van collectieve EU-wetgeving en nieuwe bestuursmogelijkheden voor nationale ziekenhuizen en ziekenhuisbeleid in België, Duitsland en Nederland onderzocht gebaseerd op een interviewstudie met mensen op sleutelposities. De EU-regelgeving wordt toegepast in nationale ziekenhuizen alhoewel deze niet de kernactiviteit van ziekenhuizen (de zorg voor patiënten) betreft. De EU-regelgeving wordt verbonden met verhoogde eisen voor documentatie, infrastructuur, educatie en procedures. In veel gevallen verhoogt dit de operationele kosten van ziekenhuizen. Nieuwe bestuursinstrumenten laten in het gezondheidsbeleid van lidstaten een startpunt zien voor politieke discussie of brengen nieuwe initiatieven op gang, indien ze passen bij de bestaande problematiek of nieuw geteste ideeën en oplossingen in de nationale beleidsarena bieden. Nationale beleidsmakers in België, Duitsland en in Nederland zien hun besluitvormingsruimte als ingedamd door EU-wetgeving en beleid en houden de EU-activiteiten nauwgezet in de gaten. Desalniettemin blijft het toepassen van de invloeden van de het nieuwe EU-bestuur, tot nu toe, op ad hoc basis.

Dit proefschrift concludeert dat, ondanks het feit dat een brede en relevante EU-agenda voor ziekenhuizen verrijkt, de lidstaten nog steeds aan het roer staan van het ziekenhuisbeleid. In toenemende mate beïnvloedt de EU de context waarin ziekenhuisbeleid is gemaakt door te voorzien in de informatie ter beoordeling van het huidige ziekenhuisstelsel, ideeën aan te dragen voor innovatie en beleidsrichtingen, startkapitaal te bieden voor het testen van praktische applicaties en beschikbaar stellen van een forum voor uitwisseling tussen nationale beleidsmakers. In veel gevallen is het toch aan de lidstaten om ideeën te opperen en initiatieven te nemen.

Zusammenfassung

Gesundheitssystemsteuerung in Europa: eine Fallstudie zu Krankenhäusern

Europäische Gesundheitssysteme sind zunehmend mit Fragen der Steuerung beschäftigt. Während der letzten Jahrzehnte haben verschiedene Reformen die Komplexität von Systemstrukturen erhöht, unter anderem durch die Einführung von Integrierten Versorgungsmodellen, Gesundheitsmärkten oder Dienstleister-Netzwerken. Die Aufmerksamkeit und Reformbemühungen haben sich dabei von der alleinigen Sorge um Ergebniserzielung verschoben, hin zum Verständnis von Prozessen und Kapazitäten in einem Gesundheitssystem, um gut-gestaltete Politiken und Entscheidungen in Bezug auf Gesundheitsreformen, Krisenreaktionen und der Einführung von Routineaufgaben zu entwickeln.

Gleichzeitig, ist die Anwendbarkeit der Prinzipien des EU Gemeinschaftsrechts auf die nationale Regulierung von Gesundheitssystemen sowie eine breitere politische Diskussion über Gesundheitssysteme auf EU Ebene zutage getreten. Dies steht im Gegensatz zu dem eingeschränkten Gesundheitssystemmandat der EU auf der Grundlage von Artikel 168 des Vertrages von Lissabon. Jedoch, besteht die Anwendbarkeit der Regulierungen des EU Binnenmarktes zu Medikamenten, Medizinprodukten oder Gesundheitsberufen sowie den Regeln des Wettbewerbsrechts auf Gesundheitssysteme und Krankenhäuser inselartig schon seit Jahrzehnten. Als Konsequenz wird vermutet, dass die Umsetzung der EU Gesetzgebung und die Übernahme von auf EU-Ebene geführten Diskussionen auch zunehmend die Steuerung und die Ausgestaltung von nationalen Gesundheitssystemen beeinflusst.

Diese Dissertation umfasst eine Reihe von einzelnen wissenschaftlichen Texten, die alle verschiedene Aspekte von Gesundheitssystemsteuerung auf EU- und Mitgliedsstaatenebene behandeln. Das zentrale Forschungsziel war zu ermitteln, inwiefern sich das Thema der Gesundheitssystemsteuerung in EU-Politik entwickelt und welche Auswirkungen für nationale Krankenhäuser entstehen. Das Konzept der Governance als "allgemeine Ausübung von Amtsgewalt" beinhaltet die Art und Weise, wie man steuert und führt. Die Governance Perspektive erlaubte die Identifizierung von einer Anzahl kritischer Faktoren, um die Rolle der EU gegenüber den Mitgliedstaaten zu bewerten. Diese Dissertation basiert auf qualitativen Forschungsmethoden, um die kontextbezogenen Faktoren und Interaktionen von Gesetz, Politikmachen und Akteuren auf EU und Mitgliedsstaatenebene zu untersuchen.

Das Fallbeispiel der Krankenhäuser wurde aufgrund von drei Faktoren gewählt. Erstens nehmen Krankenhäuser noch immer eine wichtige Rolle in den heimischen Gesundheitssystemen ein, in denen sie tätig sind. Dies schließt die Erbringung von einer Vielzahl von einfachen zu hoch-spezialisierten medizinischen und Pflege-Leistungen und den Verbrauch von einem großen Anteil

(35-70%) des allgemeinen Gesundheitsbudgets, ein. Daneben sind Krankenhäuser das Setting, in dem die Ausbildung von verschiedenen Gesundheitsberufen sowie die klinische und Versorgungsforschung stattfindet. Zweitens ist wegen ihrer verschiedenen Aufgaben und Rollen die Anwendbarkeit von EU Gesetzen und Aktivitäten auf den Krankenhausbereich direkter und verbreiteter. Drittens, sieht sich der Krankenhaussektor wegen sozialer (Demografischer Wandel, Teilzeitarbeit), technologischer (E-Health) und gesundheitspolitischen Entwicklungen (Umbau hin zu Primärversorgungs-geführten Systemen) oft zu Reformen genötigt.

Die Forschungsarbeiten in dieser Dissertation sind in drei Bereiche eingeteilt, die den Output-Kriterien zur Legitimierung von EU Governance folgen: (1) Problemlösung-Kapazitäten, (2) Kapazitäten zur Entscheidungsfindung und (3) die Implementierung und Einhaltung auf nationaler Ebene.

Die **Problemlösung-Kapazitäten** wurden durch Literatur- und Dokumentenreviews untersucht, die sich auf Gesundheitssystemziele im allgemeinen und den Zielsetzungen von den Krankenhausreformen im speziellen während der Finanzkrise auf nationaler und EU-Ebene konzentrierten. Die Analyse der verschiedenen Quellen zeigt, dass die EU Strukturreformen im Krankenhausbereich anregt durch die Erbringung von Nachweisen zu den heutigen und zukünftigen Problemlagen und durch (die finanzielle Unterstützung für) das Austesten von potenziellen Lösungen. Gleichzeitig betont die EU vergleichsweise stärker die ökonomischen Gründe für Gesundheitssystemreformen. Inwieweit EU Anreize wirksam Problemlösungen in Mitgliedstaaten unterstützen wurde in Frage gestellt aufgrund des starken Subsidiaritätsprinzips im Bereich der Gesundheitssysteme sowie des vorherrschenden Logik der finanziellen Konsolidierung auf EU Ebene. Tatsächlich haben Mitgliedstaaten sich während der Finanzkrise kurzfristigen Lösungen zugewandt, um die operativen Kosten in Krankenhäusern zu senken. Die makro-ökonomischen und politischen Konditionen in Mitgliedstaaten – teilweise begünstigt durch die EU – waren größtenteils Strukturreformen nicht zuträglich.

Die Untersuchung zu den **Kapazitäten zur Entscheidungsfindung** der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz (GD SANCO)³ in Bezug auf das öffentliche Gesundheitswesen und Gesundheitssysteme zeigte, dass die Gesundheitssystemagenda sich über die Jahre vergrößert hat, aber die strukturellen Konditionen, die die Entscheidungskapazitäten einschränken, immer noch vorhanden sind. Eine Verbindung aus Literaturreview, Dokumentenanalyse und Interviewdaten zeigte das GD SANCO unter Beweis stellt, dass sie eine Agenda steuern, eine Situation analysieren und politische Entscheidungen in verschiedenen Dossiers treffen können. Die Belege waren nicht einheitlich bezüglich Implementierung und

³ Ich verweise hier zu GD SANCO im Zusammenhang mit der Analyse in Kapitel 4, die den Zeitraum 1999-2014 untersuchte. Zu Beginn der Juncker Kommission wurde die Generaldirektion verantwortlich für Gesundheit umbenannt in GD SANTE, Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. Ich verweise auf GD SANTE bei den Empfehlungen.

Evaluation. Es muss sich zeigen, ob GD SANTE es schafft, eine bessere Wirkung ihrer Politiken zu erreichen mittels besserer Prioritätensetzung, klareren Zielen und stärkeren Implementierungsinstrumenten.

Die Analyse zur **Implementierung und Einhaltung** der EU Regelungen konzentrierte sich, erstens, auf die Umsetzung von Richtlinie 2011/24/EU in Bezug auf die Nationalen Kontaktstellen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung mittels einer Websiteanalyse in allen Mitgliedstaaten. Zweitens, wurde der Einfluss von EU Gemeinschaftsrecht und neuen Governance Instrumenten auf nationale Krankenhäuser und die Krankenhauspolitik in Belgien, den Niederlanden und Deutschland untersucht basierend auf einer Interviewstudie mit Schlüsselinformanten. Die Ergebnisse zeigten, dass EU Gemeinschaftsrecht in nationalen Krankenhäusern eingehalten wird, obwohl diese nicht das Kerngeschäft von Krankenhausaktivitäten, die Krankenversorgung, betreffen. EU Gemeinschaftsrecht wird wahrgenommen als einhergehend mit erhöhten Anforderungen an Dokumentation, Infrastruktur, Ausbildung und Prozessgestaltung. In vielen Fällen führt dies zu Steigerungen der operativen Kosten für Krankenhäuser. Neue Governance Instrumente zeigen eine Wirkung in mitgliedsstaatlicher Gesundheitspolitik beispielsweise als Startpunkt einer politischen Diskussion oder als Auslöser zur Initiierung von Aktivitäten, wenn sie mit den bestehenden Problemlagen zusammenpassen oder neue getestete Ideen und Lösungsansätze für die heimische Politik bieten. Nationale Entscheider in Belgien, Deutschland und den Niederlanden nehmen ihren Entscheidungsspielraum als eingeschränkt wahr durch EU Recht und Politik und beobachten EU Aktivitäten mehr und mehr. Nichtsdestotrotz, bleibt die nationale Befolgung von Einflüssen der EU neuen Governance Instrumenten bisher eher ad hoc.

Diese Dissertation folgert, dass obwohl eine umfassende und relevante EU Agenda zu Krankenhäusern sich abzeichnet, Mitgliedstaaten noch immer das Sagen über ihre Krankenhauspolitik haben. Die EU beeinflusst zunehmend den Kontext in dem Krankenhauspolitik gemacht wird durch Informationen für die Untersuchung von gegenwärtigen Krankenhausstrukturen, Ideen für Innovationen und Politikrichtungen, Startkapital für das Austesten von praktischen Anwendungen und ein Forum für den Austausch zwischen nationalen Entscheidern bereitzustellen. Dennoch ist es in vielen Fällen im Ermessen der Mitgliedstaaten, um Ideen und Initiativen aufzunehmen.